



Таким чином, отримані дані узгоджуються з даними літератури і можуть свідчити, що атрофічні процеси головного мозку відбуваються на етапі КІС і можуть бути предиктором трансформації в РС.

Кричун І.І.

ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ З НЕВРОЛОГІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ОСТЕОХОНДРОЗУ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

У всьому світі відзначається тенденція до зростання кількості хворих молодого віку, які страждають на вертеброневрологічні больові синдроми [Dagenais S., Caro J., Haldeman S., 2008, Bao-Gan Peng, 2013].

Робота спрямована на покращання клінічної діагностики неврологічних проявів остеохондрозу поперекового відділу хребта у осіб молодого віку.

Обстежено 85 хворих чоловічої статі на неврологічні прояви остеохондрозу хребта у віці від 19 до 45 років (середній вік склав $34,05 \pm 5,7$). Серед обстежених хворих було 45 хворих на радикулопатії (20 – радикулопатія S₁, 20 – радикулопатія L₅, 5 – радикулопатія L₄), верифіковані за допомогою нейровізуалізації та 40 хворих на рефлекторні прояви остеохондрозу поперекового відділу хребта (21 хворий на люмбалгію та 19 хворих на люмбоішіалгію).

Обстеження хворих включало: клінічне соматичне та неврологічне обстеження. Групу контролю склали 25 практично здорових осіб відповідного віку та статі. Середня тривалість захворювання у всіх обстежених нами хворих склала $6,3 \pm 0,4$ років. У хворих на радикулопатію S₁ давність захворювання складала в середньому $2,3 \pm 0,2$ роки, на радикулопатію L₅ – $4,2 \pm 0,3$ роки. Таким чином, тривалість захворювання при радикулопатії L₅ є довшою, ніж при розвитку радикулопатії S₁ приблизно в 2 рази, що можна пояснити відомими анатомічними особливостями задньої повздожньої зв'язки, яка на рівні L_v є міцною, а на рівні S₁ – волокнистою. Знання цього факту дозволяє лікарю вже на рівні збору анамнезу захворювання припустити рівень міжхребцевої грижі.

Тривалість захворювання у хворих з люмбалгіями на тлі остеохондрозу поперекового відділу хребта, на тлі множинних гриж Шморля в наших дослідженнях складала $6,2 \pm 0,2$ роки. Пацієнти пред'являли скарги на постійний, виражений біль в поперековому відділі хребта. Оцінка больового синдрому проводилась з використанням 10-бальної візуально-аналогової шкали болю (ВАШ). Середній бал за шкалою ВАШ склав у обстеженої групи хворих $6,2 \pm 1,3$. У наших дослідженнях у 90% випадків були уражені два останні диска: L_v - S₁, і L_{IV} - L_v та у 10% – диск L_{III} - L_{IV}.

У групі хворих на рефлекторні люмбалгії був характерний локальний і рефлекторний біль, що міг іррадіювати в крижово-клубове зчленування, крижі, куприк, мошонку або промежину. Для групи хворих на вертеброгенні поперекові радикулопатії був характерним корінцевий біль.

Характерною рисою клінічного перебігу виявлених корінцевих синдромів в обстеженій групі хворих були виражені рефлекторно-тонічні прояви разом з ознаками порушення функції корінця. Так, за даними мануального тестування, у 100% обстежених пацієнтів виявлено порушення в м'язовій системі. Серед них пальпаторна болючість м'язів, підвищення м'язового тону, гіпотонічні і гіпотрофічні зміни в м'язах, наявність зон специфічного м'язового ущільнення, наявність активних тригерних точок. У 85% випадків уражувалися паравертебральна мускулатура, грушовидний м'яз, сідничні м'язи і м'язи передньої черевної стінки.

Виявлені м'язові порушення свідчать про те, що в осіб молодого віку на тлі рефлекторних м'язово-тонічних синдромів, ускладнюючи їх перебіг, розвиваються



міофасціальні больові синдроми. Основну роль в їх розвитку відіграє перенапруження м'язів в антифізіологічних положеннях і неправильний руховий стереотип, властиві сучасним молодим людям, які довгий час проводять за комп'ютером як сидячи за столом, так і лежачи на дивані з ноутбуком або планшетом.

Рудницький Р.І.

ОСНОВНІ АСПЕКТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У ХВОРИХ ІЗ СЕКСУАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Сексуальна дисфункція у чоловіків, що призводить до подружньої дезадаптації, є актуальною проблемою, яка негативно впливає на стан здоров'я та якість життя людини.

Основною метою було ослідити прояви сексуальної дисфункції у чоловіків і подружню дезадаптацію та розробити медико-психологічні заходи.

Були використані такі методи дослідження як клініко-психопатологічний; системно-структурний аналіз сексуального здоров'я; психодіагностичні методи дослідження особистості та міжособистісних відносин; соціологічні; методи статистичні.

Об'єктом дослідження були хворі на сексуальну дисфункцію, подружні пари із сексуальною дезадаптацією. Шляхом системно-структурного аналізу проведено комплексне обстеження 52 подружніх пар віком від 21 до 63 років із сексуальною дисфункцією у чоловіків і подружньою дезадаптацією, які зверталися у Чернівецьку обласну психіатричну лікарню.

Виявлено взаємозв'язок сексуальної дисфункції у чоловіків з подружньою дезадаптацією в сім'ї. Сексуальна дисфункція у чоловіків розподілялась таким чином: відсутність або втрата статевого потягу (F 52,0) – 30 чоловіків, відсутність генітальних реакцій (F 52,2) – 50 чоловіків, оргазмічна дисфункція (F 52,3) – 30 чоловіків, передчасна еякуляція (F 52,4) – 40 чоловіків.

Відсутність генітальних реакцій (F 52,2) у чоловіків проявлялася еректильною дисфункцією, тобто у зниженні ерекції, недостатньої для задовільного статевого акту.

Оргазмічна дисфункція (F 52,2) спостерігалася переважно у жінок, при якій оргазм не виникав або затримувався; вона носила ситуаційний психогенний характер і викликала вороже почуття до чоловіків, подружні конфлікти.

Передчасна еякуляція (F 52,4) проявлялася нездатністю затримувати еякуляцію на період, достатній для задоволення від статевого акту в обох партнерів. Передчасна еякуляція спостерігалася у молодих чоловіків (32 чол.), частіше у чоловіків з вищою освітою, носила психогенний характер і супроводжувалася відчуттям страху, тривоги і невпевненості в собі.

Нами було розроблено медико-психологічні заходи для корекції подружньої дезадаптації, спрямовану на досягнення адаптації подружжя на всіх рівнях взаємодії і засновану на принципах системності, комплексності, диференційованості, послідовності, індивідуалізації, тривалості, спадкоємності та парного характеру лікувальних дій.

Застосовували: раціональну, сугестивну психотерапію (гіпнотерапія, еріксоновський гіпноз, НЛП), аутогенне тренування, потенціюючу терапію, сексуально-еротичний тренінг.

Розроблена система корекції дала можливість здобути досить високий терапевтичний ефект – повна корекція сексуальної дезадаптації та функціонування сім'ї і значне поліпшення сексуальних контактів і взаємовідносин подружжя було досягнуто.

Отже, розробка комплексної диференційованої медико-психологічної програми лікування хворих із сексуальними розладами є важливою у підході до комплексного лікування даних хворих, оскільки медико-психологічні заходи були ефективними в лікуванні сексуальних розладів.